



# INTERDISZIPLINÄRE ONKOLOGIE

Offizielles Organ der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie

**Gasteditorial: Etabliertes  
bewahren, Fortschritt suchen**

Bodner J

*Interdisziplinäre Onkologie 2013;*  
5 (1), 4-5



**Homepage:**

**[www.kup.at/acoasso](http://www.kup.at/acoasso)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**





Prof. Dr. Johannes Bodner, MSc, FETCSA

## Etabliertes bewahren, Fortschritt suchen

Die Betreuung von Patienten mit thorakalen Malignomen hat angesichts immer komplexerer und individualisierter Therapiestrategien eine zunehmende Multidisziplinarität erfahren. Gleichzeitig hat die Thoraxchirurgie sowohl im Rahmen der Diagnosesicherung, vor allem aber im Rahmen der Therapie an Bedeutung gewonnen. Durch die konsequente Weiterentwicklung und Perfektionierung thoraxchirurgischer Zugänge und Techniken sowie durch die Etablierung multimodaler Therapiekonzepte ist ein thoraxchirurgischer Eingriff heute bei weitaus mehr Patienten Bestandteil des Diagnose- bzw. Behandlungspfades als noch vor zwei Jahrzehnten.

Am eindrucksvollsten hat sich diese Entwicklung beim häufigsten thorakalen Malignom, dem nicht-kleinzelligen Bronchuskarzinom („non-small cell lung cancer“ [NSCLC]) vollzogen. War eine chirurgische Resektion lange Zeit nur bei den frühen Stadien I und II und fitten Patienten angezeigt und erfolgversprechend, so bietet sie heute vielfach auch bei funktionell eingeschränkten und sehr alten Patienten sowie bei fortgeschritteneren Tumorstadien die Option auf einen kurativen Ansatz. Die Einführung der minimalinvasiven, videoassistierten, anatomischen Resektionen in die onkologische Thoraxchirurgie ist hierfür ganz entscheidend gewesen. Der Artikel von **Florian Augustin** führt umfassend in diese neue „Säule“ der onkologischen Thoraxchirurgie ein und belegt die entscheidenden Vorteile dieser Technik, welche beim Stadium I des NSCLC an der Schwelle zum „Goldstandard“ steht („Minimalinvasive Onkologische Thoraxchirurgie“). Über alle Stadien betrachtet kommen jedoch weiterhin die klassischen, „offenen“, anatomischen Resektionsverfahren der Lunge (anatomische Segmentresektion, [Bi-] Lobektomie, Pneumonektomie) weitaus häufiger zur Anwendung und deren Berechtigung und elementarer Stellenwert in der onkologischen Thoraxchirurgie sollen und werden ungeachtet aller minimalinvasiven Weiterentwicklungen erhalten bleiben. **Jörg Lindenmann** hat die konventionellen Resektionsverfahren sehr detailliert und übersichtlich dargestellt („Thoraxchirurgische Standardeingriffe zur Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms“).

Ein weiterer entscheidender Fortschritt ist in der zunehmenden Durchführung parenchymsparender Resektionsformen zu sehen. Durch angioplastische und/oder bronchoplastische Techniken kann die Rate an Pneumonektomien signifikant reduziert und dadurch den vielen Karzinopatienten mit pulmonalen Komorbiditäten und eingeschränkter respiratorischer Reserve dennoch ein potenziell kurativer chirurgischer Therapieansatz angeboten werden (**Tibor Krajc**, „Bronchoplastische und angioplastische Resektionen als parenchymsparende Eingriffe bei NSCLC“).

Im Stadium IIIA wird das NSCLC am Übergang von einer lokalen zu einer systemischen Erkrankung verstanden, sodass ein multimodales Konzept angezeigt ist. Eine chirurgische Resektion erfolgt in der Regel erst nach vorangegangener systemischer und eventuell strahlentherapeutischer Induktionstherapie (**Jörg Hutter**, „Chirurgie beim NSCLC im Stadium IIIA[N2]“). Im Artikel von **Udo Anegg** („Chirurgie des fortgeschrittenen nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinoms im Stadium IIIB und Stadium IV“) wird auf die chirurgischen Optionen bei Tumorstadien > IIIA eingegangen. Auch wenn diese Stadien primär eine Domäne der System- und Strahlentherapie darstellen, kann ein resezierender Eingriff im Rahmen eines multimodalen Therapieansatzes gerechtfertigt sein und gegebenenfalls zu einem Langzeitüberleben führen. Derartige Konzepte sind aber immer als Einzelfallentscheidungen zu erstellen und sollten idealerweise im Rahmen von Studien durchgeführt werden.

Pancoast-Tumoren, welche im Bereich der oberen Thoraxapertur nach extrathorakal ausbrechen, sind innerhalb der NSCLCs gesondert zu betrachten. Das lokal aggressive Wachstum führt aufgrund charakteristischer Symptome häufig zu einer relativ frühen Detektion, bevor es zu lymphogener und hämatogener Disseminierung gekommen ist. Deshalb ist die lokale Tumorkontrolle bei minimaler Morbidität von höchster Priorität. War die Chirurgie bei dieser Tumorform lange Zeit als palliativ eingestuft worden und vorübergehend gegenüber einer Radio-/Chemotherapie in den Hintergrund gerückt, so ist heute der Nutzen einer R0-Resektion im Rahmen eines multimodalen Konzepts erwiesen. Bei entsprechender Expertise können diese technisch anspruchsvollen Eingriffe auch in sehr fortgeschrittenen Fällen radikal und mit geringer Morbidität durchgeführt werden (**Konrad Hötzenecker**, „Pancoast-Tumoren“).

Beim kleinzelligen Bronchuskarzinom („small-cell lung cancer“ [SCLC]) sind die Möglichkeiten und der Stellenwert der chirurgischen Therapie aufgrund einer völlig anderen Tumorbiologie deutlich eingeschränkter. Bei sehr früher Diagnosestellung („‘very’ limited disease“) kann eine Resektion den Krankheitsverlauf allerdings eventuell positiv beeinflussen. **Thomas Schmid** fasst in seiner Übersichtsarbeit den aktuellen Stellenwert der Thoraxchirurgie im Therapiealgorithmus des SCLC zusammen („Chirurgie beim kleinzelligen Bronchuskarzinom“).

Die Pleurektomie/Dekortikation stellt eine chirurgische Option zur Zytoreduktion bei jenen Patienten mit malignem Pleuramesotheliom dar, welche eine extrapleurale Pleuropneumonektomie (EPP) aufgrund von Komorbiditäten nicht tolerieren. Wie dieses Verfahren hinsichtlich des zytoreduktiven Effektes gegenüber der EPP zu bewerten ist, ob die komplikationsträchtige EPP überhaupt noch gerechtfertigt ist und welche weiteren chirurgischen Verfahren für die Diagnostik und Therapie dieses hochmalignen Tumors zur Verfügung stehen, wird im Artikel von **Thomas Klikovits** umfassend diskutiert („State of the Art: Chirurgische Therapieoptionen beim malignen Pleuramesotheliom“).

Die Sinnhaftigkeit und Machbarkeit einer pulmonalen Metastasenchirurgie kann nicht allgemeingültig bewertet werden. Zwar steht heute eine Vielzahl verschiedener offener und minimalinvasiver/thorakoskopischer Techniken zur Verfügung, welche prinzipiell auch bei multiplen Läsionen parenchymsparende und komplikationsarme Resektionen ermöglichen. Die Art des Primärtumors, die Anzahl und Lage der Metastasen, die lokale Tumorkontrolle und eine eventuelle Symptomatik vonseiten der Lungenmetastasen sind aber weitere relevante Faktoren, welche bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden müssen. **Vladyslav Getman** bringt Klarheit in den „Daten-dschungel“ dieses kontroversiell diskutierten Themas und zeigt, warum die pulmonale Metastasenchirurgie in der Thoraxchirurgie an Bedeutung gewinnt („Lungenmetastasen: Die Rolle der Thoraxchirurgie“).

Thymome und Thymuskarzinome stellen im Erwachsenenalter die häufigste Tumorentität im Mediastinum dar. Auch wenn fehlender Konsens in diagnostischer Hinsicht über die Jahrzehnte zu verschiedenen Klassifizierungen dieser Tumoren geführt hat, so besteht in therapeutischer Hinsicht doch weitgehend Einigkeit darin, dass die komplett chirurgische Resektion die beste Therapieoption darstellt. **Karlheinz Ammann** hat den aktuellen Stand der Thymus chirurgie praxisrelevant zusammengefasst („Thymom und Thymuskarzinom: Eine Übersicht“).

Die Einführung der videoassistierten Thorakoskopie hat auch das Spektrum und den Stellenwert thoraxchirurgischer Palliativeingriffe nachhaltig erweitert. Wenn Heilung nicht möglich ist, bestimmen neben dem Hinauszögern des natürlichen Krankheitsverlaufes vordergründig der Erhalt der Lebensqualität und die Linderung von Symptomen die Bedürfnisse der Patienten und damit das ärztliche Handeln. Darauf abzielende Eingriffe müssen und können heute mit minimaler Invasivität (bis zur „single-incision thoracoscopy“) und Morbidität erfolgen (**Florian Tomaselli**, „Thoraxchirurgische Palliativeingriffe“).

*Etabliertes bewahren und Fortschritt suchen:* In der Arbeitsgruppe Thorakale Malignome der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie herrscht Einigkeit darüber, dass das berechtigte und notwendige Streben nach Weiterentwicklung (thorax-) chirurgischer Möglichkeiten und Techniken nicht zum Verdrängen oder gar Verlust aufwendiger erarbeiteter und lange bewährter thoraxchirurgischer Grundkenntnisse und -fertigkeiten führen darf. Damit wäre den Patienten und folgenden Generationen von Thoraxchirurgen ein schlechter Dienst erwiesen. Vielmehr geht es darum, durch die Implementierung von bis vor Kurzem nicht vorstellbaren technischen Errungenschaften die Thoraxchirurgie insgesamt sicherer und einer größeren Gruppe von betroffenen Patienten zugänglich zu machen sowie eventuell ihre Grenzen vorsichtig auszuweiten. Die kritische Evaluierung und das Messen am Bewährten sind dabei unabdingbar. Unter diesem Aspekt ist die Arbeitsgruppe Thorakale Malignome dabei, eine prospektive Studie „VATS-Lobektomie versus offene Lobektomie beim NSCLC im klinischen Stadium I“ zu erarbeiten, bei der die Beteiligung möglichst vieler thoraxchirurgischer Standorte in Österreich angestrebt wird.

Im vorliegenden Heft wird der aktuelle Stellenwert der onkologischen Thoraxchirurgie abgebildet. Die Beiträge sind bewusst in kurzer und übersichtlicher Form gehalten, um als praxisnaher Leitfaden dienen zu können. Als Arbeitsgruppenleiter war es mir ein besonderes Anliegen, möglichst viele thoraxchirurgische Standorte für die Mitgestaltung dieser Ausgabe zu gewinnen. Unter diesem Aspekt darf das Heft nicht nur als Indikator für eine hohe thoraxchirurgische Versorgungsqualität, sondern auch als Zeichen einer funktionierenden Kommunikation und Zusammenarbeit unter den Thoraxchirurgen in Österreich verstanden werden.

Wir wünschen Ihnen ein anregendes und aufschlussreiches Lesen!

Prof. Dr. Johannes Bodner, MSc, FETCS

Sektion Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum Giessen und Marburg, Standort Giessen, Deutschland  
Gasteditor des Themenhefts „Onkologische Thoraxchirurgie: Etabliertes und Innovatives“

# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere  
**zeitschriftenübergreifende Datenbank**

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)